

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Fisioterapia y Kinesiología

Calidad de vida relacionada con la salud en el Servicio de Rehabilitación de la Universidad del Norte

Aracelli Beatriz Gauna López¹, Lourdes Elizabeth Díaz Álvarez¹

¹Carrera de Fisioterapia y Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, sede Asunción, Asunción, Paraguay.

Enviado: 19 de abril de 2024

Aceptado: 14 de junio de 2024

Publicado: 24 de junio de 2024

DOI: [10.5281/zenodo.22754780](https://doi.org/10.5281/zenodo.22754780)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0
Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) refleja el bienestar físico, mental y social percibido por los pacientes y complementa la evaluación clínica. El objetivo fue analizar la CVRS de los pacientes del servicio de Rehabilitación de la Universidad del Norte, sede Ciencias Biomédicas, durante 2023. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y cuantitativo. Cuestionario SF-12 más registro sociodemográfico y diagnóstico médico en 30 pacientes. **Resultados:** Sexo 50 % cada uno; edad media 47,97 años (DE 18,2; rango 17–82). Ocupaciones más frecuentes: jubilado y estudiante (13 % cada una). Diagnósticos principales: fractura (20 %), ACV isquémico (13 %) y tendinopatías (10 %). Dimensión física más afectada (20 % bajo y 20 % alto); salud mental alta en 67 %. Promedio CVRS 60 % (físico 50 %, mental 66 %). Mayor afectación combinada en área reumatológica (88 %), luego neurológica (83 %) y traumatológica (75 % nivel medio). Sexo masculino predominó en categoría alta; femenino único en baja. **Conclusiones:** La dimensión física es la más afectada, sobre todo en afecciones reumatológicas; se respalda el SF-12 como herramienta complementaria de evaluación y seguimiento.

Palabras clave: calidad de vida, calidad de vida relacionada con la salud, cuestionario SF-12, rehabilitación, lesiones

Autor correspondiente: Lourdes Elizabeth Díaz Álvarez. Carrera de Fisioterapia y Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, sede Asunción, Asunción, Paraguay

Financiación: Esta investigación no recibió financiación específica de organismos públicos, comerciales ni de entidades sin ánimo de lucro.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la calidad de vida (CV) como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y sistema de valores, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (1,2). Se trata de un constructo multidimensional que abarca el bienestar físico, psicológico y social, y que reconoce la naturaleza subjetiva y variable de la percepción individual (1).

A partir de este concepto general se desarrolló la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), un descriptor más específico centrado en el impacto que las enfermedades, los tratamientos y las intervenciones clínicas tienen sobre el bienestar percibido por el paciente. Uno de los instrumentos genéricos más utilizados para medir la CVRS es el cuestionario SF-36, desarrollado originalmente para evaluar ocho dimensiones de salud —función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental— agrupadas en un componente físico y un componente mental (3,4). A partir de este instrumento se desarrolló el SF-12, una versión abreviada de 12 ítems que reproduce estas mismas ocho dimensiones y ambos componentes sumarios, diseñada para su aplicación en estudios con muestras numerosas sin comprometer significativamente la validez de la medición (5). Ambos instrumentos cuentan con versiones validadas al español, con adaptaciones transculturales que han demostrado propiedades psicométricas adecuadas y buena correlación entre las puntuaciones del SF-36 y del SF-12 (6,7); estudios de sustitución en distintas poblaciones han confirmado que el SF-12 constituye una alternativa válida y confiable al SF-36 cuando se prioriza la brevedad de aplicación (8,9).

La CVRS se ve afectada de forma particular en pacientes con condiciones musculoesqueléticas. En pacientes con lumbalgia, el componente físico del SF-36 muestra puntuaciones significativamente más bajas que el componente mental, reflejando un impacto funcional predominante (10). De manera similar, la tendinopatía aquilea crónica se asocia con una CVRS significativamente menor que la de la población general, junto con pérdida de productividad laboral y mayor utilización de servicios de salud (11,12), y el dolor de hombro persistente en adultos jóvenes se ha asociado con peor CVRS, mayor malestar psicológico y pérdida de productividad (13).

El accidente cerebrovascular (ACV) isquémico es otra condición con impacto relevante sobre la CVRS, especialmente en adultos jóvenes, en quienes factores físicos, cognitivos y psicosociales condicionan la calidad de vida a largo plazo (14). La evidencia muestra que las intervenciones de ejercicio físico durante la rehabilitación post-ACV mejoran significativamente la CVRS (15), y que programas de ejercicio aeróbico como la caminata mejoran tanto el estado funcional como la CVRS en sobrevivientes de ACV crónico (16).

Además de la condición clínica, factores sociodemográficos como la edad y el sexo influyen en la percepción de la CVRS: estudios poblacionales han encontrado diferencias significativas entre sexos en la salud autopercibida, la función física y otros indicadores de bienestar a lo largo del curso de vida (17).

En Paraguay no existen estudios previos que analicen la CVRS mediante el cuestionario SF-12 en pacientes que acuden a servicios de rehabilitación. El presente estudio tuvo como objetivo analizar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes que acuden al servicio de Rehabilitación de la Universidad del Norte, sede Ciencias Biomédicas, durante 2023, identificando los datos sociodemográficos de la población, las dimensiones más afectadas y la afectación de la CVRS según el tipo de lesión presente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, no experimental, de corte transversal y enfoque cuantitativo, llevado a cabo en el servicio de Rehabilitación de la Universidad del Norte, sede Ciencias Biomédicas, Asunción, Paraguay, durante un período de 4 meses.

La población de estudio estuvo constituida por 38 pacientes que acuden al servicio de Rehabilitación de la Universidad del Norte, sede Ciencias Biomédicas. Se incluyó a las personas que aceptaron participar en la encuesta y que consultaban en dicho servicio; se excluyó a quienes no acudieron el día de la toma de muestra y a quienes ya habían culminado su tratamiento. La muestra quedó conformada por 30 pacientes, encuestados en dos jornadas de recolección de datos.

Se elaboró una nota de permiso a las autoridades del servicio para la realización del estudio. A cada paciente se le informó sobre la investigación y se le solicitó un consentimiento informado por escrito, en el que aceptó voluntariamente las condiciones del procedimiento. Una

vez obtenida la aprobación, se aplicó el cuestionario SF-12 —instrumento genérico de 12 ítems agrupados en ocho dimensiones de salud (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental), con puntuaciones que van de 0 a 100 y un punto de corte establecido en 50, donde un puntaje más alto indica una mejor CVRS—, junto con un registro sociodemográfico (sexo, edad, ocupación, estado civil) y el diagnóstico médico obtenido de la historia clínica.

Los datos se procesaron con Microsoft Excel y se presentan mediante estadística descriptiva (medias, desviaciones estándar y frecuencias). El estudio se ajustó a los principios éticos de respeto por las personas, beneficencia y justicia; se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los participantes mediante el consentimiento informado, y se evitó el perjuicio de la población vulnerable atendida en el servicio.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 30 pacientes, con una distribución equitativa entre ambos sexos (50 % masculino, 50 % femenino). La edad osciló entre 17 y 82 años, con una media de 47,97 años (DE 18,2). Respecto de la ocupación, las categorías más frecuentes fueron jubilado y estudiante (13 % cada una), seguidas de comerciante (10 %); el resto de las ocupaciones registradas (consultor ambiental, guardia de seguridad, servicio doméstico, analista de sistemas y auxiliar de consultorio) representaron proporciones menores, de entre el 3 % y el 7 % cada una.

En cuanto al diagnóstico médico, la fractura fue el más frecuente (20 %), seguida del ACV isquémico (13 %) y la tendinopatía (10 %); la lumbociatalgia, la infección pos-chikungunya y la hernia representaron un 7 % cada una, mientras que el resto de los diagnósticos (tendosinovitis, lumbalgia, multiafección osteomioarticular, meniscopatía, contractura muscular, rotura fibular, distrofia muscular de Steinert, gonalgia, traumatismo craneoencefálico y parálisis facial) representaron un 3 % cada uno.

Sobre el estado de salud autopercebido, el 40 % de los participantes lo calificó como bueno, el 27 % como muy bueno, el 23 % como regular y el 10 % como excelente; ningún participante lo calificó como malo. Respecto de la limitación funcional, el 43 % refirió sentirse muy limitado para esfuerzos moderados, el 33 % un poco

limitado y el 23 % sin limitación; para subir varios pisos por escalera, el 50 % no refirió limitación, el 33 % se sintió muy limitado y el 17 % un poco limitado. El 70 % de los participantes refirió haber hecho menos de lo que hubiera querido a causa de su salud física, y el mismo porcentaje (70 %) refirió haber tenido que dejar de hacer tareas en su trabajo o actividades cotidianas por este motivo.

En cuanto al componente emocional, el 43 % refirió haber hecho menos de lo que hubiera querido a causa de algún problema emocional, y el 37 % refirió no haber realizado su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre por el mismo motivo. Sobre el impacto del dolor en el trabajo habitual, el 33 % lo calificó como regular, el 27 % como leve, el 20 % como bastante y el 13 % como nulo. Respecto de la vitalidad, el 50 % de los participantes se sintió calmado y tranquilo casi siempre, y el 47 % refirió haber tenido mucha energía casi siempre, seguido de un 30 % que la tuvo siempre. En cuanto a las actividades sociales, el 40 % refirió no haber tenido dificultades en ningún momento, y respecto del estado de ánimo, el 33 % refirió haberse sentido desanimado y triste algunas veces.

Según las dimensiones del SF-12, la salud física se ubicó predominantemente en el nivel moderado (60 %), distribuyéndose el resto equitativamente entre los niveles bajo y alto (20 % cada uno). La salud mental, en cambio, se ubicó mayoritariamente en el nivel alto (67 %), seguida del nivel moderado (27 %) y bajo (7 %). Al considerar ambas dimensiones en conjunto, el 50 % de la muestra se ubicó en el nivel moderado, el 40 % en el nivel alto y el 10 % en el nivel bajo. El promedio general de puntuación fue del 60 %, con un componente físico promedio del 50 % y un componente mental promedio del 66 %.

Según el tipo de patología, el área reumatológica presentó la mayor proporción de afectación media y alta combinada (88 %), seguida de la neurológica (83 %) y la traumatológica, que se concentró mayormente en el nivel medio de afectación (75 %). Respecto del sexo, en las categorías media (27 %) y alta (23 %) de CVRS predominó levemente el sexo masculino sobre el femenino (23 % y 17 %, respectivamente), mientras que la categoría baja de CVRS estuvo representada exclusivamente por el sexo femenino (10 %).

DISCUSIÓN

En este estudio, la dimensión física del SF-12 resultó la más afectada en los pacientes del servicio de Rehabilitación, con una proporción similar de pacientes en los niveles bajo y alto (20 % cada uno) frente a una salud mental predominantemente en el nivel alto (67 %). Este hallazgo es coherente con la naturaleza de la población atendida, mayoritariamente compuesta por afecciones musculoesqueléticas y traumatológicas (fracturas, tendinopatías, lumbociatalgia), y respalda la evidencia de que estas condiciones afectan predominantemente el componente físico de la CVRS por sobre el mental (10,11). En pacientes con tendinopatía aquilea crónica, por ejemplo, se ha documentado una CVRS significativamente menor que la de la población general, con impacto adicional en la productividad laboral (11,12), un patrón coherente con el elevado porcentaje de participantes de este estudio que refirió haber dejado de realizar tareas laborales o cotidianas a causa de su salud física (70 %).

El hallazgo de que el área reumatológica presentó la mayor afectación combinada de la CVRS (88 % en niveles medio y alto) es consistente con la evidencia sobre el impacto funcional de las condiciones musculoesqueléticas crónicas, en las que el dolor persistente y la limitación articular condicionan de forma sostenida la calidad de vida percibida (10,13). El área neurológica, representada principalmente por pacientes con ACV isquémico, también mostró una afectación considerable (83 % en niveles medio y bajo), lo que concuerda con la literatura que documenta un impacto multifactorial — físico, cognitivo y psicosocial— sobre la CVRS de los sobrevivientes de ACV, particularmente en adultos jóvenes (14). Este hallazgo refuerza la relevancia de las intervenciones de ejercicio físico durante la rehabilitación post-ACV, que han demostrado mejorar significativamente la CVRS de estos pacientes (15,16).

Respecto de las diferencias por sexo, el predominio del sexo masculino en las categorías media y alta de CVRS, frente al predominio exclusivo del sexo femenino en la categoría baja, es un hallazgo que debe interpretarse con cautela dado el tamaño muestral reducido, pero que resulta coherente con estudios poblacionales que han encontrado diferencias significativas entre sexos en la salud autopercebida y el bienestar físico a lo largo del curso de vida (17).

El uso del cuestionario SF-12 en este estudio permitió obtener una medición estandarizada y de aplicación

breve de la CVRS, ventaja documentada en estudios de validación que han confirmado su equivalencia con el SF-36 en distintas poblaciones (8,9), lo que respalda su utilidad como herramienta de tamizaje en servicios de rehabilitación con alto volumen de pacientes.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran el tamaño muestral reducido, el muestreo no probabilístico de conveniencia y el diseño transversal, que impide establecer relaciones causales entre el tipo de diagnóstico y la afectación de la CVRS, así como la heterogeneidad de los diagnósticos médicos incluidos, que limita la comparabilidad de los resultados por subgrupo. Entre sus fortalezas se destaca el uso de un instrumento genérico validado y de aplicación breve, aplicable a la diversidad de diagnósticos atendidos en un servicio de rehabilitación. En conclusión, la dimensión física de la CVRS es la más afectada en los pacientes que acuden al servicio de Rehabilitación de la Universidad del Norte, particularmente en quienes presentan afecciones reumatológicas y neurológicas, lo que resalta la importancia de incorporar el cuestionario SF-12 como herramienta complementaria y sistemática en la evaluación y el seguimiento de estos pacientes.

REFERENCIAS

1. World Health Organization Quality of Life Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res.* 1993;2(2):153-9. <https://doi.org/10.1007/BF00435734>
2. World Health Organization Quality of Life Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
3. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6):473-83. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
4. McHorney CA, Ware JE Jr, Lu JF, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care.* 1994;32(1):40-66. <https://doi.org/10.1097/00005650-199401000-00004>
5. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care.* 1996;34(3):220-33. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>

6. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. La versión española del cuestionario de salud SF-36: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19(2):135-50.
<https://doi.org/10.1157/13074369>
7. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin (Barc)*. 2008;130(19):726-35.
<https://doi.org/10.1157/13121076>
8. Lee PH, Wong FKY, Wang SL, Chow SKY. Substitution of SF-36 by SF-12 Among Hong Kong Chinese Older Adults: Secondary Analysis of RCTs. *Int J Behav Med*. 2016;23(5):635-44.
<https://doi.org/10.1007/s12529-016-9542-2>
9. Lin Y, Yu Y, Zeng J, Zhao X, Wan C. Comparing the reliability and validity of the SF-36 and SF-12 in measuring quality of life among adolescents in China. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):360.
<https://doi.org/10.1186/s12955-020-01605-8>
10. Veresciagina K, Ambrozaitis KV, Spakauskas B. Health-related quality-of-life assessment in patients with low back pain using SF-36 questionnaire. *Medicina (Kaunas)*. 2007;43(8):607-13.
<https://doi.org/10.3390/medicina43080077>
11. Lewis TL, Yip GCK, Robertson K, Groom WD, Francis R, Singh S, et al. Health-related quality of life in patients with Achilles tendinopathy: Comparison to the general population of the United Kingdom. *Foot Ankle Surg*. 2022;28(7):1064-8.
<https://doi.org/10.1016/j.fas.2022.02.018>
12. Sleeswijk Visser TSO, van der Vlist AC, van Oosterom RF, van Veldhoven P, Verhaar JAN, de Vos RJ. Impact of chronic Achilles tendinopathy on health-related quality of life, work performance, healthcare utilisation and costs. *BMJ Open Sport Exerc Med*. 2021;7(1):e001023.
<https://doi.org/10.1136/bmjsem-2020-001023>
13. Ackerman IN, Fotis K, Pearson L, Schoch P, Broughton N, Brennan-Olsen SL, et al. Impaired health-related quality of life, psychological distress, and productivity loss in younger people with persistent shoulder pain: a cross-sectional analysis. *Disabil Rehabil*. 2022;44(15):3785-94.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1887376>
14. Gurková E, Štureková L, Mandysová P, Šaňák D. Factors affecting the quality of life after ischemic stroke in young adults: a scoping review. *Health Qual Life Outcomes*. 2023;21(1):4.
<https://doi.org/10.1186/s12955-023-02090-5>
15. Ali A, Tabassum D, Baig SS, Moyle B, Redgrave J, Nichols S, et al. Effect of Exercise Interventions on Health-Related Quality of Life After Stroke and Transient Ischemic Attack: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stroke*. 2021;52(7):2445-55.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.032979>
16. Gordon CD, Wilks R, McCaw-Binns A. Effect of aerobic exercise (walking) training on functional status and health-related quality of life in chronic stroke survivors: a randomized controlled trial. *Stroke*. 2013;44(4):1179-81.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.000642>
17. Lin MH, Chen LJ, Huang ST, Meng LC, Lee WJ, Peng LN, et al. Age and sex differences in associations between self-reported health, physical function, mental function and mortality. *Arch Gerontol Geriatr*. 2022;98:104537.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104537>